STANFORD UNIVERSITY
MAR
8
1938
LIBRARY
Lane Medical Library

Aus der Chirurgischen Klinik der Universität Heidelberg
(Direktor: Prof. Dr. Kirschner)

Schicksal der Kranken mit Prostatahypertrophie, die keiner Radikaloperation unterworfen sind.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Medizinischen Doktorwürde
einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der Ruprecht-Karl-Universität
zu Heidelberg,
vorgelegt von
Erwin Gresser,
Darmstadt.

Druck von K. F. Bender, Darmstadt
1936

Meinen Eltern
in Dankbarkeit gewidmet

Die vorliegende Arbeit gibt einen Bericht über die Fälle mit Prostatahypertrophie (P. H.), die keiner Radikaloperation unterworfen sind, die in den Jahren 1928—34 an der hiesigen chirurgischen Klinik in stationäre Behandlung aufgenommen wurden.

Verteilung der Pat. nach dem Lebensalter:

Tabelle 1:

50—60 J.	50—55 Jahre	9	20 Pat.	
	56—60 „	11		
61—70 J.	61—65 Jahre	22	45 Pat.	
	66—70 „	23		
71—80 J.	71—75 Jahre	28	43 Pat.	
	76—80 „	15		
81—90 J.	81-85 Jahre	9	10 Pat.	
	86-90 „	1		
	91—95 Jahre	1	1 Pat.	
			119 Pat.	

Es ist mir nur möglich von 98 der insgesamt 119 Patienten zu berichten, von den restlichen 21 Pat. war nichts in Erfahrung zu bringen.

Tabelle 2:

100% = 119 Pat.	35 leb. Pat.	98 Pat. = 100%	35,8%	
	63 † „		64,2%	
17,6%	21 ? „			
	119 Pat.			

Die Radikaloperation ist, um es gleich voraus zu nehmen, zweifellos das Verfahren, das die an einer P. H. leidenden Patienten normalerweise für ihr ganzes weiteres Leben von den Beschwerden, die diese Erkrankung mit sich führt, befreit. Mit allen

uns zu Gebote stehenden Mitteln müssen wir deshalb versuchen, die Operation bei den Kranken und zwar unter den günstigsten, die geringste Mortalität bedingenden Verhältnissen durchzuführen. Dabei ist nun zu beachten, daß ein Großteil unserer Kranken — von 143 wurden nur 24 radikaloperiert — nicht zur Operation gekommen ist, da er operationsungeeignet war. Als „Inoperable" bezeichne ich hierbei diejenigen Kranken mit P. H., die wegen ihres irreparablen schlechten Allgemeinzustandes von der Operation zurückgewiesen werden mußten.

Tabelle 3:

35 leb. Pat.		
63 † „		
21 ? „		
119 Pat.		
24 Radik. op.	1 Pat. † an Lungenembolie nach Op.	
143 Pat.		

Für ein günstiges Operationsresultat ist eine gute Nierenfunktion unbedingt erforderlich. Alle Patienten, die bei der Ausführung der Nierenfunktionsprüfung eine Nierenschädigung indicieren, müssen von der Prostaectomie (P. E.) ausgeschaltet werden.

Dabei soll die Beurteilung lieber engherzig als weitzügig sein. Jede Erweiterung der Indikation wird sich hierbei rächen. Durch die „Einengung der Operationsfähigkeit" wird eine große Anzahl von Prostatikern nicht von der Ursache ihres Leidens, der Drüsenwucherung, befreit werden. Nach unserem Material bleiben hierbei 13,2 % (13 Pat.), einerseits 5 Fälle mit schwerster Retention und Unmöglichkeit des Katheterismus, andererseits 8 Fälle, bei denen die Besserung der Nierenfunktion allzu lange auf sich hat warten lassen, an eine suprapubische Blasenfistel gebunden. Diese Therapie bedeutet für diese Patienten nach meiner Aufstellung den Tod innerhalb von 2 Jahren, mit einer Mortalität von rund 77 % (76,9 %).

Nach einer Angabe von Lehmann aus der Rostocker Klinik sind von den Kranken, die die Anlegung einer Fist. suprapubica überstehen, 87 % nach 2½ Jahren tot.

Ueber das Schicksal der Kranken mit Petzerkatheter konnte über die bereits Verstorbenen keine Angaben erhalten werden.

Die Gruppe der inoperablen Prostatiker, d. h., wie bereits erwähnt, derjenigen, bei denen die radikale Beseitigung des Harnabflußhindernisses contraindiciert ist, ist in unserer Klinik nicht allzu klein. (Aus Tabelle 3 ersichtlich).

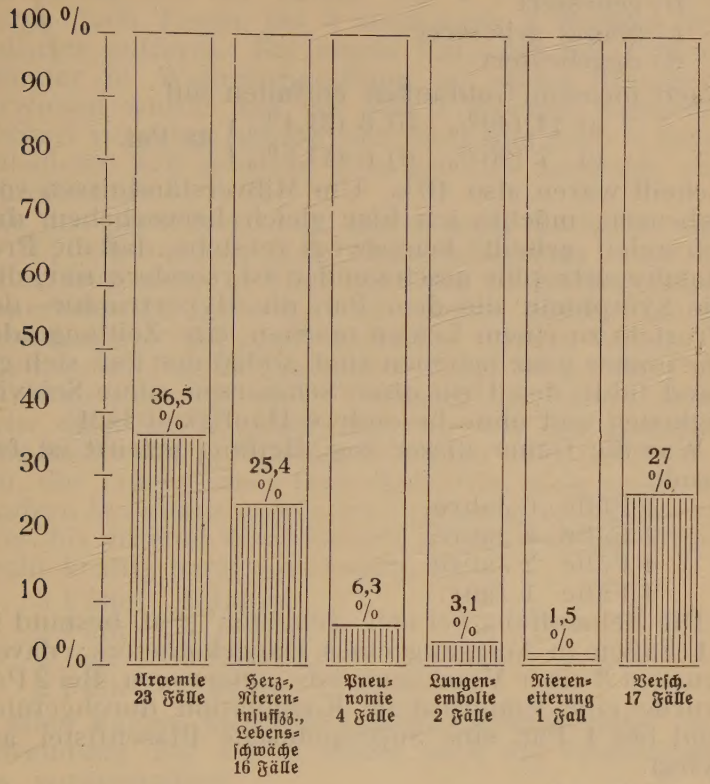
Bei 78 von 98 Prostatikern fand die Dauerkatheterbehandlung nach Einweisung in die Klinik bis zur und zeitweise noch nach der Entlassung statt. Durch diese Therapie wurde teils eine Besserung, spontanes Urinieren ermöglicht, teils mußte wieder ein größerer Eingriff des hohen Alters oder sonstiger Komplikationen wegen unterbleiben. Mehrere Patienten lehnten sogar jeglichen, auch einen kleineren chirurgischen Eingriff ab. — Blum, Rubritus-Wien sagen: „Es geht heute nicht mehr an, Prostatiker mit incompl. oder compl. Retention gänzlich dem Katheterleben zu überantworten, wenn nicht schwere Gegenanzeigen gegen eine Radikaloperation vorliegen. Es ist bekannt, daß sich Pat. jahrzehntelang katheterisieren und ohne nennenswerte Cystitis ein leidliches Dasein führen. Das sind aber Ausnahmefälle. Früher oder später kommt doch die Infektion, der solche Patienten dann erliegen. Wir müssen uns also vor Augen halten, daß eine dauernde Katheterbehandlung Gefahren in sich birgt, die das Leben der Kranken viel mehr bedrohen, als die Operation." — Nach einer Statistik von Blum 1932 beträgt die Mortalitäi bei der Katheterbehandlung 8—10%. In unserer Klinik ist inbezug auf diese Therapie eine größere Sterblichkeit zu verzeichnen. 68,2%, das entspricht 49 Pat. An uraemischen Erscheinungen starben 35,4% (17 Pat.); 9 Pat. lebten seit der Katheterbehandlung durchschnittlich 7 Tage, 3 Pat. etwa 2 Monate, 5 Pat. 3 Jahre. Herz- und Altersschwäche machen 22,9% (11 Pat.) Pneumonie 8,3% (4 Pat.), Apoplexie 8,3% (4 Pat.) der Todesursache aus. Die übrigen 18,9% verteilen sich wie folgt auf je einen Patienten an Myodegeneratio cordis, Gaumen-Ca, Rectum-Ca, Kachexie, Nephritis, Pyonephrose und zwei Patienten an Magen-Ca (Marasmus). Ein Pat. machte, wie ich von seinen Angehörigen in Erfahrung bringen konnte, seinem Leben durch Erhängen, vier Monate nach

Entlassung aus der Klinik, ein Ende, da angeblich keine Besserung eintrat und Pat. ständig über rasende Schmerzen, die bis ins Kreuz und in die Beine ausstrahlten, zu klagen hatte. (Prostata-Ca ?).

Ein großer Nachteil des Dauerkatheters ist, daß er gelegentlich eine Epididymitis in Gefolge hat. In dem Bestreben diese Kranken durch einen ihrer körperlichen Widerstandsfähigkeit angepaßten kleineren Eingriff vor den Qualen einer eventuell entstehenden Epididymitis, verursacht durch absteigende Infektion, zu bewahren, wurde in 36 Fällen (37,6%) von den 78 Pat. die seit langem bekannte Operation der Vasectomie in der Form der Teilresektion des duct. deferens angewandt. Die Vasectomie wurde also bei fast der Hälfte der Dauerkatheterbehandelten durchgeführt. Diese unangenehme Nebenhodenkomplikation, die, wie Voelcker bemerkt in beiläufig 33 % aller Fälle zur Beobachtung kommt, war bei uns nur bei einem nicht vasectomierten Pat. zu sehen (2,3%) und machte eine Semikastration (sin.) notwendig. Dieser Pat. ist heute wohlauf. Seit dem Eingriff sind es 6 Jahre her.

Von den 119 Prostatikern starben s. Z. in der Klinik 11 Pat. einige Zeit nach der Einlieferung, das ist eine Sterblichkeit von annähernd 10 %. Die Therapie bestand in 9 Fällen in dem Dauerkatheter, unter Anwendung der Vasectomie bei 2 Prostatakranken; ein Pat. fand in der Anlegung der Suprapubischen Fistel seine Hilfe. Ein Pat. mußte zunächst einer Rectum-Ca Operation unterzogen werden. Die Mortalität verteilt sich auf 6 Pat. an Uraemie, 1 Pat. an Lungenembolie, 3 Pat. an Herzinsuffizienz. 1 Pat. erlag post operat. seiner Ca-Kachexie.

Prozentualer Anteil der verschied. Todesursachen.



Es bleibt nun noch das Schicksal der heute im Leben stehenden Prostatakranken zu streifen. Ein geringer Prozentsatz nur gegenüber der sehr hohen Mortalitätsziffer. 35,8% : 64,2%.

Von diesen 35 Pat. unterzogen sich s. Z. 29 der Dauerkatheter-Therapie (darunter wurden 17 Vasectomien bds. vorgenommen), 2 Pat. der Endovesicalen Elektrokoagulation (1 Pat. wurde bds. vasectomiert), 2 der Anlegung einer Suprapubischen Fistel. Es bleiben schließlich noch 2 Pat., von denen der eine jeden Eingriff ablehnte, während dem anderen vorerst wegen unregelmäßiger Herztätigkeit eine Behandlung seines Prostataleidens versagt wurde.

Einen Ueberblick gewinnen wir wohl am besten, wenn ich die 35 Pat. dem heutigen Befinden entsprechend in folgende Gruppen einteile:

a) beschwerdefrei
b) gebessert
c) mäßig gebessert
d) ungebessert

Nach meinem Gutdünken entfallen auf

a) 14 (40% b) 8 (21,4%
c) 7 (20% d) 6 (17,1%
} 35 Pat.

Geheilt wären also 40 %. Um Mißverständnissen vorzubeugen, möchte ich hier gleich hervorheben, daß ich unter „geheilt" keineswegs verstehe, daß die Prostatahypertrophie geschwunden ist, sondern nur, daß die Symptome, die dem Pat. die Hypertrophie der Prostata zu einem Leiden machen, eine Zeitlang oder für immer ganz behoben sind, sodaß der Pat. sich gesund fühlt, den Urin ohne Schmerzen, ohne Schwierigkeiten und ohne besondere Häufigkeit läßt.

Was die Dauer dieser sog. Heilung betrifft ist folgende:

4 Fälle 6 Jahre
2 Fälle 3 Jahre
4 Fälle 2 Jahre
4 Fälle 1 Jahr.

Die Behandlung bei den „geheilten" Pat. bestand in 11 Fällen in Anlegung eines Dauerkatheters; davon wurden 8 einer Vasektomie bds. unterzogen. Bei 2 Pat. wurde eine Endovesikale Koagulation durchgeführt und bei 1 Pat. eine Suprapubische Blasenfistel angelegt.

Tabelle 4:

Heilungsdauer	Fälle	Therapie
6 Jahre	4	3 D. K. u. Vasectomie 1 D. K. u. Bougg.
3 Jahre	2	1 D. K. u. 1 Suprapub. Fistel
2 Jahre	4	2 D. K. u. Vasectomie 1 D. K. 1 Endovesicale Koagulation
1 Jahr	4	2 D. K. u. Vasectomie 1 D. K. 1 Endovesicale Koagulation

10 Prostatiker kamen s. Z. mit Dauerkatheter zur Entlassung aus der Klinik. Bei 6 Prostatakranken wurde nach Tagen, bei 4 etwa nach 2 Wochen der Katheter entfernt. Bei einem Pat., der mit Petzerkatheter in Weiterbehandlung an seinen Hausarzt verwiesen wurde und der alle 3 Wochen Katheterwechsel vornahm, schloß sich die Fistel nach ¼ Jahr. Seit dieser Zeit geht der Urin per vias naturales unbehindert ab.

Zu den „geheilten" Pat. zählen auch die 2 Pat. mit P. H., die endovesikal elektrokoaguliert wurden. 1 Pat. trug noch 14 Tage nach der Entlassung einen Dauerkatheter, während der andere gleich ohne Dauerkatheter gebessert entlassen werden konnte.

Unter den Begriff „gebessert" fasse ich solche Pat. (8) zusammen, die nach Verlassen der Klinik nicht mehr dieselben Beschwerden, wie vor der Einlieferung aufweisen, z. B. akute Retention oder Beschwerden, die Tragen eines Dauerkatheters nötig machen, sondern bei denen spontanes Urinieren, in der Nacht zwei- bis dreimal Wasserlassen erfolgt, und der Urinstrahl kräftig auch mittelmäßig ist.

3 Fälle 6 Jahre
2 Fälle 5 Jahre
1 Fall 4 Jahre
2 Fälle 2 Jahre.

In allen Fällen kam die Dauerkathetertherapie zur Anwendung. Bei 4 Pat. wurde noch die Vasektomie bds. vorgenommen.

Tabelle 5:

gebesserter Zustand seit	Fälle	Therapie
6 Jahre	3	2 D. K. u. Vasectomie (1 Semikastration) 1 D. K.
5 Jahre	2	1 D. K. u. Vasectomie 1 D. K.
4 Jahre	1	D. K.
2 Jahre	2	1 D. K. u. Vasectomie 1 D. K.

4 Pat. wurden s. Z. mit Dauerkatheter, der aber nach Angaben schon nach Tagen, 1 Pat. trug ihn noch ½ J., entfernt wurde, entlassen. Die restlichen 4 kamen ohne Katheter gebessert zur Entlassung.

Als „c-mäßig gebessert" gelten solche Prostatiker (7), die seit der Entlassung öfters Katheterungen selbst vornehmen oder vornehmen lassen müssen.

Schließlich noch die Gruppe der Ungebesserten (6).

Folgender Fall verdient es vielleicht noch in Erwähnung gezogen zu werden. Ein Pat., bei dem wegen schlechten Allgemeinzustandes eine Radikaloperation von der Klinik abgelehnt wurde und nur eine Dauerkatheterbehandlung und Vasectomie bds. vorgenommen worden war, wurde 1929 gebessert entlassen. Wenige Tage danach stellte sich erneut eine Verschlechterung ein, sodaß der Pat. täglich katheterisiert werden mußte oder zeitweise einen Dauerkatheter trug. Dieser Zustand hielt 5 Jahre so an. Im Sept. 1934 unterzog sich dieser Prostatiker trotz schlechten Allgemeinzustandes einer Radikaloperation und ist seither beschwerdefrei.

Um prozentual eine bessere Uebersicht der noch lebenden Patienten zu erlangen, fasse ich die Gruppe der „Geheilten und Gebesserten" unter die Rubrik „Positiver Erfolg" und die übrigen unter „Negativer Erfolg" zusammen.

Positiver Erfolg: 62,8 % (22 Pat.)
Negativer Erfolg: 37,2 % (13 Pat.) } der 35 Pat.

Diese Ergebnisse kann man, wenn man nur die 35 Pat. ins Auge faßt und die gesamte Mortalitätsziffer außer Acht läßt, erfreulich nennen.

Allgemeine Uebersichten:

Im ganzen wurden 143 Prostatiker im Zeitraum von 1928 bis 1934 in der hiesigen Universitäts-Klinik behandelt. Davon wurden 24 Pat. radikaloperiert mit einer Sterblichkeit von 4 % (1 Pat.).

Nichtradikaloperierte: 119 Pat.:

Gründe: Schlechter Allgemeinzustand, Niereninsuffizienz, Verweigerung einer Radikaloperation seitens des Pat.

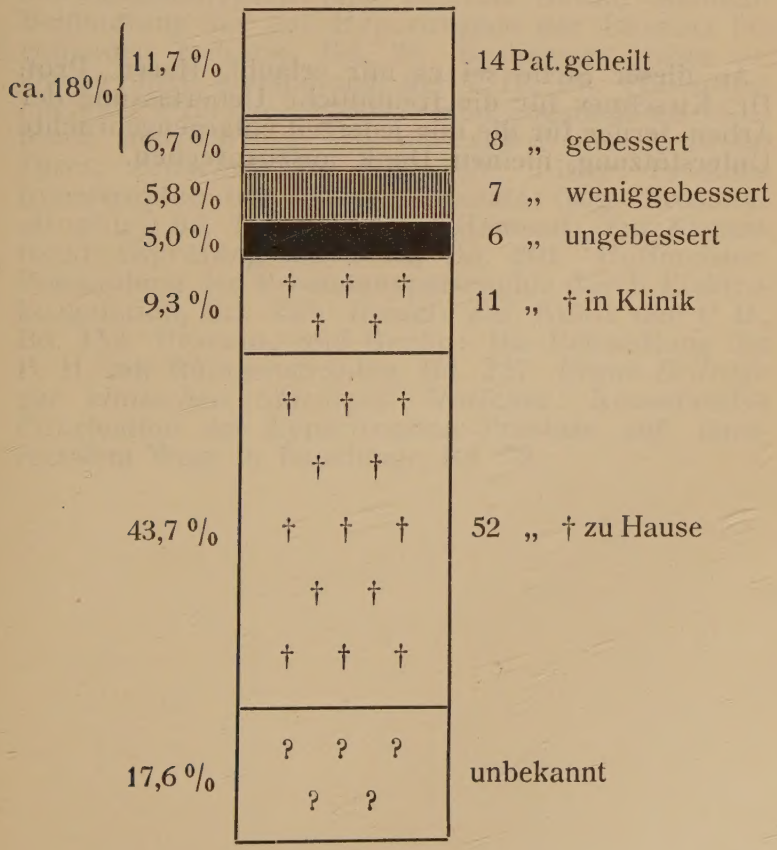
Mit der Behandlung:

78 (36 Vasect) Dauerkatheter.
13 Fistula Suprapubica.

2 Endovesicale Elektrokoagulationen.
2 lehnten jeden Eingriff ab.
3 Patienten wurde ein Eingriff seitens der Klinik versagt.

14 beschwerdefrei	Klinik verlassen mit
8 gebessert	bekanntem Ausgang:
7 mäßig gebessert	14 beschwerdefrei
6 ungebessert	8 gebessert
11 †† in der Klinik	7 mäßig gebessert
52 †† später	6 ungebessert
21 unbekannt	52 ††
119 Fälle	87 Fälle

Graphische Totalansicht.



An dieser Stelle sei es mir erlaubt, Herrn Prof. Dr. Kirschner für die freundliche Ueberlassung der Arbeit, ferner für die mir jederzeit entgegengebrachte Unterstützung, meinen Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis

Archiv für klinische Chirurgie: Billroth: Carcinom der Prostata, Bd. 10. Rovsing: Behandlung der Prostatahypertrophie, Bd. 68. Kirschner: Meine Erfahrung bei der Behandlung der Prostatahypertrophie, Bd. 164. Boeminghaus: Zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie, Bd. 166. Bottini: Radikale Behandlung der auf Hypertrophie der Prostata beruhenden Ischurie, Bd. 21. Boshamer: Ueber die konservative Behandlung, der P. H., Bd. 175. *Handbuch der Urologie:* Voelcker und Boeminghaus: Anatomie und chirurg. Operationslehre der Prostata. *Dtsch. Zeitschrift für Chirurgie:* Ritter: Prostatahypertrophie bei kleiner Prostata (sog. Prostataatrophie), Bd. 147. Lurz und Hammel: Zur Nierenfunktionsprüfung bei P. H., Bd. 201. Hoffmeister: Behandlung der Prostatahypertrophie durch Elektrokoagulation, Bd. 235. Ringel: Zur Klinik der P. H., Bd. 158. Braeunig und Gruhn: Die Behandlung der P. H. mit Röntgenstrahlen, Bd. 227. *Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie:* Voelcker: Konservative Enucleation der hypertrophen Prostata auf pararectalem Wege in Bauchlage, Bd. 72.

Lebenslauf

Unterzeichneter wurde am 19. Februar 1911 als Sohn des Alwin Gresser und seiner Gemahlin Frida Matja Gresser, geb. Hartung in Darmstadt geboren. Daselbst besuchte er von Ostern 1921 bis 1930 die Vorschule und das Realgymnasium. Ostern 1930 Reifeprüfung. Anschließend widmete er sich dem Medizinischen Studium an den Universitäten Frankfurt a. M. und Heidelberg. Hier bestand er im S. S. 1932 die ärztliche Vorprüfung und im S. S. 1935 das Medizinische Staatsexamen.

Erwin Gresser.